



160/1627 - ¿UNA MICOBACTERIA EN LA PIEL? A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Perona Pagán, M. Sallent Claparols, M. Albiol Serra, I. Garro Tejero, M. Pérez Herrera, M. Marlés Escoda, E. Chirveches Pérez, F. Beas Alba, S. Pons Cuevas y D. Rodríguez Marcos

Médico de Familia. ABS Vilanova Clau Ciutat-ICS. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años sin antecedentes de interés, jardinero. Después de ir a urgencias, acude a nuestra consulta con un diagnóstico de piodermatitis localizada en dorso muñeca derecha de 2 meses de evolución que ha tratado con mupirocina y corticoides tópicos sin presentar mejoría. No presenta sintomatología general, a la inspección se observan 3 lesiones nodulares, algo induradas, no pruriginosas ni dolorosas. Se pauta amoxicilina-clavulánico 10 días, tras 20 días sigue sin presentar mejoría de las lesiones. Se orienta como probable paniculitis y se amplía el estudio con pruebas complementarias. Los resultados para el estudio de paniculitis fueron normales por lo que, 2 meses después, se derivó al paciente al dermatólogo de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: En primaria se solicitó: PCR, VSG, ASLO, ECA, RX tórax y PPD, siendo los resultados negativos. El dermatólogo realizó biopsia de la lesión para anatomía patológica y cultivo. Los resultados a los 3 meses fueron: cultivo Lowenstein-Jensen a los 13 días se observa crecimiento de Mycobacterium marinum. Detección de PCR:+ para M. marinum. Anatomía patológica: lesión granulomatosa no necrotizante.

Juicio clínico: Por la evolución de las lesiones y sus características clínicas (3 lesiones nodulares, eritematosas de distribución esporotricoides/lineal y abscesificadas), el dermatólogo orientó el caso como granuloma de las piscinas. Tras los resultados se inició tratamiento con pauta claritromicina durante 5 meses.

Diagnóstico diferencial: Depende de la presentación clínica. En la forma nodular el diagnóstico diferencial incluye: pioderma crónico, sarcoidosis, leishmaniasis, turalemia, sífilis terciaria. En la forma esporotricoides: infección por Sporothrix schenckii, Nocardia, Leishmania.

Comentario final: En las infecciones cutáneas por micobacteria, M. marinum es la más frecuente en Europa. Se transmite por contacto de agua contaminada a través de una herida, pero en muchos casos la causa es desconocida. Lo habitual es el retraso en el diagnóstico por lo que una buena anamnesis y sospechar la infección son fundamentales. Por lo tanto, en lesiones nodulares de larga evolución que no mejoran con tratamientos habituales, tenemos que pensar en micobacterias atípicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pico Valimaña, M. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones cutáneas por *Mycobacterium marinum*. *Piel*. 2013;28(10):591-6.
2. Alcaide F, Esteban J. Infecciones cutáneas y de partes blandas por micobacterias no tuberculosas. *Enferm Microbiol Clin*. 2010;28(Supl1):46-50.
3. García Acebes CR et al. Infección por *Mycobacterium marinum*. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Acta Dermosifiliogr*. 2006;97(10):653-7.